

Schmerz 2006 · 20:479–480
 DOI 10.1007/s00482-006-0517-0
 Online publiziert: 25. Oktober 2006
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium
 des Schmerzes 2006. Published by Springer
 Medizin Verlag – all rights reserved

J. C. Türp

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien,
 Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel

Orofaziale Schmerzen: Wissenstransfer in Zeitlupe

„It might be expected that all doctors are ready and waiting for the latest information to arrive, while all scientists are eager to get their work out there for clinicians to use on their patients. However, the reality is that there are several barriers to such a smooth science transfer process. [...] Yet, despite the obvious need for science transfer to be a constant element in every doctor's career, there is considerable evidence to suggest that the day-to-day practices of many clinicians are lagging far behind the most current information in their disciplines.“ [9]

Das Thema „Informations- und Wissenstransfer“ [13] gewinnt auch in der Schmerzmedizin wachsende Beachtung [4, 7]: Wöchentlich wird eine große Zahl neuer, klinisch bedeutsamer Forschungsergebnisse veröffentlicht; diese bleiben bei individuellen diagnostischen, therapeutischen oder prognostischen Patientenentscheidungen aber mehrheitlich unberücksichtigt. So kommt es zu dem beunruhigenden Phänomen, dass sich patientenorientierte Handlungsempfehlungen in Lehrbüchern und Übersichtsartikeln oftmals nicht mit den aus randomisierten kontrollierten Studien gewonnen Erkenntnissen decken. Am Beispiel der Behandlung des Myokardinfarkts hatten Antman et al. [1] bereits vor Jahren das Missverhältnis zwischen vorhandenem Wissen und praktiziertem Handeln in das Bewusstsein der medizinischen Welt gebracht.

Warum ist das so?

Der Hauptgrund liegt zweifelsohne in dem Schneckentempo, mit dem sich das in der klinischen Forschung erworbene Wissen auf den langen, steinigen und auszehrenden Weg in die Praxen macht. Grob

geschätzt kann man – unglaublich, aber wahr! – von einer durchschnittlichen „Reisedauer“ von weit über 10 Jahren (!) ausgehen [2]. Dabei ist die Spannbreite beträchtlich: Manche Mitteilungen erreichen die Adressaten innerhalb von Tagen (z. B. die Marktrücknahme von Rofecoxib), andere benötigen Jahre, Jahrzehnte (z. B. die wahren Ursachen des plötzlichen Kindstods [8, 20] oder die gewinnbringende Einbindung psychologischer Therapieverfahren bei somatischen Erkrankungen [3, 6]), manchmal gar Jahrhunderte, und sind zum Teil immer noch nicht angekommen (z. B. die Kenntnis des Schmerzbildes der in deutscher Sprache erstmals im Jahre 1780 beschriebenen atypischen Odontalgie [18]). Und: Haben die „Neuigkeiten“ den Praktiker einmal erreicht, ist es keineswegs sicher, dass das neue Wissen zu einer Änderung der Patientenversorgung führen wird.

➤ Die Reisedauer des Wissens von der klinischen Forschung in die Praxen beträgt durchschnittlich weit über 10 Jahre

Im Bereich des orofazialen Schmerzes wird die Problematik des Wissenstransfers besonders deutlich. Unbestritten sind Zahnärzte traditionell für den größten Teil dieser heterogenen Beschwerden zuständig. Dennoch – auch Kollegen anderer Disziplinen sind in der Kiefer-Gesichtsregion tätig: Kieferchirurgen, Neurologen, Anästhesiologen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Augenärzte, ... und sie gehen, selbst innerhalb ihres eigenen Fachgebiets, bei der Schmerzbehandlung oft nach bemerkenswert unterschiedlichen Konzepten vor – ein Beispiel für das „autistisch-undisziplinierte“

Denken und Handeln in der (Zahn-)Medizin [5].

Während Zahnschmerzen – die in der Literatur seit Jahrhunderten ein immer wiederkehrendes und daher offensichtlich beliebtes Thema sind [19] – heute rasch beseitigt werden können, treten bei nicht-dentogenen orofazialen Schmerzen mehr oder weniger große Schwierigkeiten zu Tage. Dies ist nur teilweise durch die Tatsache bedingt, dass hier das typisch zahnärztliche Privileg nicht greift, nämlich das zu tun, was man sieht, und das zu sehen, was man tut. Unkenntnis gegenüber dem aktuellen Stand der Schmerzdiagnostik und -therapie, allerlei behandler eigene Trugschlüsse [17], gesundheitspolitische Vorgaben (zumindest in der Zahnheilkunde) sowie veraltete Gebührenordnungs-Positionen, die das Problem des persistierenden Schmerzes vollkommen ausklammern und die Reparaturmedizin überproportional berücksichtigen, sorgen dafür, dass selbst gesichertes Wissen vielfach keinen Eingang in die Praxen findet und stattdessen länderspezifische (!) und tarifordnungskonforme „Schmerzbehandlungsphilosophien“ dominieren. „Klinische Folklore“ [9] statt wissenschaftlich begründetes Handeln ...

Angesichts dessen wäre zumindest gelegentlich ein tiefer, kalibrierender Blick in ein aktuelles Lehrbuch über orofaziale Schmerzen ratsam. Zwar sind klinische Standardwerke bereits am Tag ihrer Veröffentlichung veraltet – was David Sackett, den Übervater der evidenzbasierten Medizin, zu dem provokanten Ausruf hinreißen ließ: „Verbrennt Eure (traditionellen) Lehrbücher!“ [16] –, aber allzu wörtlich sollte man seinen revolutionären Appell nicht in jedem Fall nehmen. Die (zugegebenermaßen wenigen) empfehlenswerten Lehrwerke

über orofaziale Schmerzen [12, 14, 15] eignen sich nämlich ganz hervorragend für einen wissenschaftlich fundierten und gleichzeitig patientennahen Einstieg in die komplexe Materie. Sie erleichtern – unter anderem – den klinischen Zugang zu einzelnen Krankheitsbildern und helfen auf diese Weise, Erfahrungswissen aufzubauen und eine effektive und effiziente Mustererkennung zu schulen [11]. Davon klar abzugrenzen sind solche Bücher und Konzepte, die persönliche Behandlungskonzepte ohne Absicherung durch wissenschaftliche Belege wiedergeben. Hier greift Sacketts Mahnruf durchaus. Für den motivierten (Zahn-) Arzt, der neu in die Materie einsteigt, ist es allerdings nicht immer einfach, die Spreu vom Weizen zu trennen.

Eine gelegentliche Abgleichung und Aktualisierung des (wo, wann und von wem auch immer) erworbenen Wissens über orofazialen Schmerz tut also Not. Für diesen Zweck sind neben den genannten Grundlagenbüchern vor allem Fachzeitschriften wie das JOURNAL OF OROFACIAL PAIN und (ja, auch für Zahnärzte geeignet!) DER SCHMERZ dienlich. Auch ein Blick in PAIN lohnt sich: Im „Impact-Flagschiff“ der Schmerzforschung und -therapie sind mit dem Stichwort „orofacial“ seit dem Jahr 2000 rund 40 Arbeiten publiziert worden.

Bei der Lektüre wird dem Praktiker immer wieder die ausschlaggebende Rolle der (mündlichen und schriftlichen) Schmerzanamnese gewahrt, die in der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte – im Gegensatz zur Tarifordnung der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft – praktisch nicht existiert. Wieviel wichtige Information man beispielsweise allein aus patientengenerierten Ganzkörperzeichnungen herauslesen kann, wird in dem Beitrag von Geis et al. in diesem Heft deutlich. Diese einfachen, aber ungemein wertvollen Diagnostikinstrumente kommen aber leider ebenso selten zum Einsatz wie die inzwischen als Standard in die Schmerzdiagnostik eingeführten Screening-Fragebögen, mit denen körperliche Beschwerden, Depressivität, Angst und andere zentrale Aspekte von chronischem Schmerz erfasst werden (vgl. die Arbeit von Schütz et al., ebenfalls in diesem Heft).

„Der Zugriff zum verfügbaren Wissen, dessen Verdopplung zur Zeit auf etwa 5–6

Jahre angesetzt wird, macht immer mehr den Einsatz elektronischer Rechner (anstelle oder mit Lehr- und Handbüchern) erforderlich“, bemerkten Rudolf Gross und Markus Löffler bereits vor zehn Jahren [10]. Eine höchst empfehlenswerte Maßnahme zur Beschleunigung des individuellen Wissensstransfers ist daher ein elektronischer Zugang zur COCHRANE LIBRARY. (Die preiswerteste Möglichkeit besteht über eine Mitgliedschaft im DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (www.ebm-netzwerk.de). Gegen eine Jahresgebühr in Höhe von € 100,00 erhalten Sie kostenfreien Zugriff auf diese qualitativ hochwertigste medizinische Datenbank.) Die COCHRANE LIBRARY bietet unter anderem Volltexte von systematischen Übersichten zu (meist) therapeutischen Fragestellungen an. Bei diesen Publikationen, die zeitnah aktualisiert werden, sobald neue relevante Studien publiziert werden, handelt es sich immerhin um die höchste Stufe der wissenschaftlichen Evidenz.

Mit diesen wenigen Maßnahmen, gekrönt durch den wenigstens gelegentlichen Besuch des Deutschen Schmerzkongresses in Berlin (oder sonstwo), kann der (Zahn-) Arzt sicher sein, dass er mit den aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet des (orofazialen) Schmerzes Schritt hält – zum Wohle seiner Patienten ... und zu seiner eigenen Freude.



Jens Christoph Türp

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. J. C. Türp

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien, Universitätskliniken für Zahnmedizin Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
jens.tuerp@unibas.ch

Literatur

1. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC (1992) A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *Jama* 268: 240–248

2. Balas EA, Boren SA (2000) Managing clinical knowledge for healthcare improvements. In: Schattauer V (Hrsg) Yearbook of Medical Informatics. Schattauer, Stuttgart, pp 65–70
3. Barlow DH (2004) Psychological treatments. *Am Psychol* 59: 869–878
4. Bishop PB, Wing PC (2006) Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. *Spine* 31: 282–288
5. Bleuler E (1963) Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 5. Aufl. Springer, Berlin, S 281–286
6. Brox JJ, Reikeras O, Nygaard O, Sorensen R, Indahl A, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Grundnes O, Lange JE, Friis A (2006) Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: a prospective randomized controlled study. *Pain* 122: 145–155
7. Bucknall T (2006) Knowledge transfer and utilization: implications for home healthcare pain management. *J Healthc Qual* 28: 12–19
8. Creery D, Mikrogianakis A (2003) Sudden infant death syndrome. *Am Fam Physician* 68: 1375–1376
9. Greene CS (2001) Science transfer in orofacial pain. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ (Hrsg) Orofacial Pain From Basic Science to Clinical Management. Quintessence, Chicago, pp 281–286
10. Gross R, Löffler M (1997) Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden. Springer, Berlin
11. Gruber H (1999) Mustererkennung und Erfahrungswissen. In: Fischer MR, Bartens W (Hrsg) Zwischen Erfahrung und Beweis Medizinische Entscheidungen und Evidence-based Medicine. Huber, Bern, S 25–52
12. Hugger A, Göbel H, Schilgen M (2006) Gesicht- und Kopfschmerzen aus interdisziplinärer Sicht. Evidenz zur Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Springer, Heidelberg
13. Kaltenborn K-F (Hrsg) (1999) Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen. Vittorio Klostermann, Frankfurt am Main
14. Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ (Hrsg) (2001) Orofacial Pain. From Basic Science to Clinical Management. Quintessence, Chicago
15. Okeson JP (2005) Bell's Orofacial Pains. The Clinical Management of Orofacial Pain. 6th ed. Quintessence, Chicago
16. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (2000) Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 2nd ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, p 30
17. Skrabanek P, McCormick J (1995) Torheiten + Trugschlüsse in der Medizin. 4. Aufl. Verlag Kirchheim, Mainz
18. Türp JC (2005) Die atypische Odontalgie. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 115: 1006–1011
19. von Jagow B, Steger F (Hrsg) (2005) Literatur und Medizin. Ein Lexikon. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 861–867
20. Wells DA, Gillies D, Fitzgerald DA (2005) Positioning for acute respiratory distress in hospitalised infants and children. *Cochrane Database Syst Rev* CD003645